産業医科大学病院薬剤部

＜注意＞この用紙は疼痛専用です。

　　　　トレーシングレポートは疑義照会ではありません。

疑義照会は通常の方法にてお願いします。

FAX：093-691-7310

産業医科大学病院　御中 報告日　20　　　年　　　月　　　日

**トレーシングレポート（疼痛用）**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生 侍史 | 保険医療機関・保険薬局  名称： |
| 患者ID：  患者名：  生年月日（西暦）： 　　　年　　月　　日 | TEL： |
| FAX： |
| 担当者名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意  　□得た（　本人 ・ 家族・その他：　　　　　　　　　　　　　）　　　 □得ていない | |

下記の通り疼痛状況の確認を行いましたのでご報告いたします。

□ 初回導入　　　　　　　□ 継続指導【オピオイド変更： なし ・ あり （ 増量 ・ 減量 ・ スイッチング ）】

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**【提案・報告事項】**※要点のみ記載(詳細を記載する場合は別紙にお願いします)

**□ 提案　　□ 報告**

【確認内容】　確認日：20　　年　　月　　日　　確認方法：　□電話　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）

※初回、スイッチ時は可能な限り服用開始3～4日以内にお願いします。継続の場合は、次回外来までの間にお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 疼痛 | 痛みがある  □はい  疼痛部位：  レスキュー回数：1日平均 　 回  □いいえ | 平常時　0　　1　　2　　3　　4　　5　　6　　7　　8　　9　　10  悪化時　0　　1　　2　　3　　4　　5　　6　　7　　8　　9　　10  レスキュー使用後  　　　　0　　1　　2　　3　　4　　5　　6　　7　　8　　9　　10 | |
| 便秘 | 便秘薬を使用している | □はい  □いいえ | □時々(頓服) □毎日  □その他： |
| 悪心 | ムカムカ感や吐きそうに  なることがある | □はい  □いいえ | □食欲低下 □食事内容や食事量が変化  □ほとんど飲食できていない |
| 眠気 | 眠気がある | □はい  □いいえ | □軽度　　 □日常生活に影響あり  □眠気で起きていられない |
| その他 |  |  |  |

この内容は薬剤部で確認後、必要に応じて主治医に報告します。内容に対して主治医または薬剤師から保険医療機関・保険薬局に

お伝えすることが生じた場合には、その旨を下欄に記載しFAXにて返信致します。

【主治医・病院薬剤師からの伝達事項】　※提供書確認者はレ点と名前を記載してください

* 確認いたしました　（確認者：　　　　　　　　　　）

2025.06.02トレーシングレポート（疼痛用）産業医科大学病院薬剤部ver.1.1